Das Hämorrhoidalleiden
und seine chirurgische Behandlung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der Hohen Medizinischen Fakultät

der Friedrich-Alexander-Universität zu Erlangen

vorgelegt von

Hanns Pfeufer

aus Sünching B.A. Regensburg

Tag der mündlichen Prüfung: 12. 7. 39.

1939

Buchdruckerei Karl Döres, Erlangen, Jägerstrasse 3

1939 №195

Referent: Professor Dr. Otto Goetze.

Dekan: Professor Dr. Richard Greving.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

„Das Hämorrhoidalleiden und seine chirurgische Behandlung."

Zergliederung der Abhandlung:

I. Einleitung zur Vorgeschichte.

II. Uebergang: anatomisch-physiologische Vorbemerkungen:
a) Gefäße, b) Nerven, c) Muskel, d) Bakterienflora.

III. Ausführung:
a) Die operativen Verfahren:
1. Injektion, 2. Langenbeck, 3. Whitehead.
b) Die Technik:
1. Langenbeck, A. W. Fischer. 2. Whitehead, Herrmannsdorfer.
c) Vergleichende Betrachtung,
d) Folgezustände,
e) Gegner und Anhänger der Methoden:
Sarafoff, Calinich, A.W. Fischer — Dubinski, Herrmannsdorfer.

IV. Schlußsatz.

I.

Das Hämorrhoidalleiden ist seit altersher bekannt; es ist außerordentlich verbreitet und seit dem Bestehen einer ärztlich-wissenschaftlichen Betrachtungsweise Gegenstand einer solchen Betrachtung. In seinem Buch „Die Krankheiten des Mastdarms und des Afters" führt Friedrich Esmarch bis zum Jahre 1886 nicht weniger als 290 Autoren auf mit Arbeiten über das Hämorrhoidalleiden. Er beginnt mit Hippokrates, mit Celsus und den anderen Trägern berühmter Namen, die uns als die ersten gelehrten Aerzte ihrer Zeit genannt werden. Unter dem Erscheinungsjahr 1892 bringt Esmarch einen Bericht über die chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden nach einer Arbeit von W. Whitehead. In der Literatur über die Hämorrhoiden erscheint damit zum erstenmal der Name, den heute noch eine der bedeutendsten und umstrittensten Operationsmethoden beim Hämorrhoidalleiden trägt, die Whiteheadoperation. Esmarch selbst kennt auch das bei Hämorrhoiden geübte Verfahren nach v. Langenbeck und meldet von sich selbst, daß er es lange Zeit geübt habe. Erstaunlicherweise findet sich allerdings in dem Autorenverzeichnis Esmarchs keine Literaturangaben über das Verfahren nach v. Langenbeck. Die ernste wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Hämorrhoidalleiden ist in den folgenden 50 Jahren nach Esmarchs erster Aufzählung nicht geringer geworden und man möchte meinen, die Fragestellung: Hämorrhoidalleiden und chirurgische Behandlung wäre aus der Fassung eines Problems zu einer völligen Klärung gekommen. Das ist aber keineswegs der Fall. Seit etwa dem Jahre 1930 ist die Erörterung über Fragen der geeignetsten Behandlung bei hämorrhoidalen Erkrankungen wieder besonders lebhaft geworden; im wesentlichen treten bei uns in Deutschland drei Behandlungsarten in Wettbewerb, von welchen jede ihre großen Vertreter und Anhänger hat, nämlich:

die Methode der Injektionsbehandlung,
die Methode nach v. Langenbeck
und die Operationsmethode nach Whitehead.

Für den in der Allgemeinpraxis stehenden Hausarzt erscheint es anregend und wertvoll, in diesem Suchen nach dem zweckmäßigsten Vorgehen zur Beseitigung der hämorrhoidalen Beschwerden einen Standpunkt zu finden, und das sei auch das Ziel der folgenden Darlegung.

II.

Für den operativen Eingriff am Mastdarm sei zunächst festgestellt, daß hier eine Reihe unbestrittener anatomischer und physiologischer Tatsachen von grundsätzlicher Bedeutung ist. Als Erstes nennen wir hier bemerkenswert, daß

a) die Gefäße des kaudalen Darmabschnittes mit dem Gefäßgebiet des kraniellen Anteils nicht anastomosieren, das heißt also, daß bei allenfallsiger Wundstörung im untersten Darmabschnitt ein Ersatz aus den ernährenden Gefäßen des oberen Abschnittes nicht eintritt. Diese Gefäße entstammen zwei hier aneinandergrenzenden Gefäßgebieten: dem Gebiet der Arteria mesenterica inferior und dem Gebiet der Arteria iliaca interna. Aus der Mesenterica inferior kommt als letzter Ausläufer die Arteria hämorrhoidalis superior, aus der Arteria iliaca stammt die Arteria hämorrhoidalis media. Im venösen Gebiet gehört die obere Hämorrhoidalvene zum Pfortadersystem, die untere Hämorrhoidalvene gehört zum Gebiet der Vena Cava.

b) Die Nerven des Rektum stammen zu einem Teil aus den sympathischen Geflechten, welche die Arter. hämorrh. superior und media begleiten; das ist der plexus mesentericus inferior und der plexus hypogastricus. Zum anderen Teil entstammen diese Nerven aus den Aesten des Nervus pudendus internus. Nach Westhues sitzen gerade die Nerven, welche das komplizierte Spiel des Afterschlusses steuern und überwachen, im analen Schleimhautring.

c) Zu den beachtenswerten Tatsachen anatomisch-physiologischer Bedeutung zählen wir weiter die glatten Muskelfasern, welche der Muskularis mukosae entstammen; sie ziehen in Bündeln, längsgerichtet, dicht unter der Schleimhaut. Ihre Funktion ist physiologisch darin gegeben, daß sie, ihre Unversehrtheit vorausgesetzt, die Schleimhaut dieses Teiles des Rektums bei der Defäkation in ihre topographische Lage festhalten. Bei chirurgischer

Wundsetzung werden längsgerichtete Wundränder durch die Tätigkeit dieser Muskelfasern einander genähert, während folgerichtig quer zu der Verlaufsrichtung dieser Muskelfasern gesetzte Wunden in ihren Rändern klaffen werden.

d) Und endlich müssen wir noch bedenken, daß bei allen Operationen am Rektum die große Schwierigkeit besteht, die Asepsis des Vorgehens zu wahren, und daß es kaum möglich ist, in allen Fällen hier einwandfrei sauber zu arbeiten. Es besteht überdies in hohem Maße durch die Infektionsmöglichkeit aus der Bakterienflora des Enddarms die große Gefahr der Nahtinsuffizienz als Folge von Wundeiterungen. Daß die Bakterien des Enddarms besonders virulent zu sein pflegen, erhöht die Gefahr.

III.

a) Nach diesen grundsätzlichen Betrachtungen wenden wir uns zu den drei derzeit in Deutschland hauptsächlich in Wettbewerb stehenden operativen Verfahren zur Behandlung des Hämorrhoidalleidens. Es sind dies, wie bemerkt:

1. die Injektionsbehandlung,
2. die Abtragung nach Abquetschung in der Methode nach v. Langenbeck,
3. die Excision des die Hämorrhoiden tragenden Schleimhautabschnittes nach Whitehead.

1. Bei der Injektionsbehandlung ist der Kernpunkt die therapeutische Verödung der erweiterten Hämorrhoidalgefäße. Diese Behandlungsweise ist nicht neu etwa in dem Sinne, als ob sie erst seit kurzem geübt würde. Auch Esmarch kennt sie schon und nennt in seinem angeführten Buche eine ganze Reihe von Arbeiten über sie. Tatsache ist indessen, daß diese Art der Hämorrhoidenbehandlung gerade in letzter Zeit mehr Beachtung und Anhänger gefunden hat. Ihre neuen Vertreter nennen die Methode verheißungsvoll und aussichtsreich, ihre Gegner lehnen sie grundsätzlich ab. Wenn wir auf unsere Vorbetrachtungen zurückkommen, werden wir auch für den Hausarzt die Injektionsbehandlung der Hämorrhoiden zurückstellen müssen; das Gebiet der Hämorrhoiden ist infiziert und zum mindesten infektionsbereites Gebiet in hohem Maße; in ihm sind Einspritzungen jeder Art verpönt. Wir müssen zu der selben Erkenntnis kommen wie v. Seemen, dem sich

auch Dörfler-Weißenburg anschließt: Die Injektionsbehandlung der Hämorrhoiden ist nur anscheinend ein harmloses Behandlungsverfahren.

2. Von erheblich größerer Bedeutung für unsere Stellungnahme wird sich nunmehr die Abhandlung und Betrachtung der beiden chirurgischen Methoden nach v. Langenbeck und Whitehead erweisen, über deren technische Ausführungen wir uns zunächst im wesentlichen unterrichten. Dabei übersehen wir nicht, daß die Operationstechnik selbst im Grundsätzlichen festliegt, daß sie aber gleichwohl im Unwesentlichen nach den Erfahrungen und Bedürfnissen der einzelnen Vertreter abwandelbar sein kann. Für die Operation nach v. Langenbeck folgen wir den Ausführungen A. W. Fischers,

3. für die Operation nach Whitehead erscheint die Darstellung Herrmannsdorfers als die neueste und verständlichste. Beiden gemeinsam ist, daß sie ambulant nicht durchführbar sind, und daß beide sorgfältigste Vorbereitung und Nachbehandlung erfordern.

---

b) 1. Im besonderen stellt sich nach Fischer die Langenbeckoperation folgendermaßen dar: In Betäubung wird zuerst der Sphinkter vorsichtig gedehnt und der ganze Afterkanal der genauen Einsicht zugänglich gemacht; das besondere Augenmerk ist auf die Venenknoten gerichtet, die in der Tiefe sitzen. Liegt ein ganzer Kranz von Knoten vor, dann gilt die Ueberlegung, in welcher Weise die Langenbeck-Spezialzange am zweckmäßigsten anzulegen ist. Wesentlich ist dabei das Bestreben, hinreichend Schleimhaut freizulassen; nur auf diese Weise ist eine mögliche Verengerung des Afterkanals durch nachfolgende Narbenschrumpfung mit Sicherheit zu verhüten. Mehr als dreimal wird daher die Zange nicht angelegt. Die Hämorrhoidalknoten werden mit einem geeigneten Faßinstrument (Kocherzange) ergriffen und zusammen mit der Analschleimhaut, die sich zumeist locker und überschüssig zeigt, vorgezogen. An der Basis des vorgezogenen Knotens wird nun die Langenbeckzange radiär und mit der Spitze zum After hin angelegt. Fischer sticht gleich jetzt unter der Spitze der Zange eine kräftige Catgutnaht durch. Diese bleibt geknotet oder ungeknotet als Haltefaden liegen. Sie soll bei der Abnahme der Quetschzange das Entgleiten der Wundränder in die Tiefe verhüten und dient als Ausgangspunkt für die nachfolgende fortlaufende Naht. Unter entsprechender Sicherung wird dann der

auf dem Teller der Langenbeckzange liegende Knoten abgebrannt. Nach Abnahme der Zange liegt die strichförmige radiäre Brandquetschwunde vor, die Fischer dann näht. Mit der Einlage eines Darmrohres wird der Eingriff abgeschlossen. Das Wesen der Operation nach Langenbeck sehen wir mit Fischer darin, daß ein entscheidender Anteil unversehrter Schleimhaut des Analkanals durch die Operation unberührt bleibt (drei genügend breite Verbindungen von der Mastdarmschleimhaut bis zur äußeren Haut genügen). Das wird von allen Anhängern der Langenbeckmethode grundsätzlich beachtet, wenn auch in Einzelheiten, wie erwähnt, Abwandlungen nebensächlicher Art möglich sind. Dörfler z. B. verzichtet auf die Schlußnaht ebenso wie auf das Einlegen des Darmrohres.

2. Wie bei der Operation nach Langenbeck ist eine sorgfältig durch mehrere Tage überwachte Vorbereitung des Kranken auch bei der Whiteheadoperation Vorbedingung. Die für sie charakteristische Technik schildert Herrmannsdorfer in dieser Weise: Keine Sphinkterdehnung; Allgemeinnarkose oder Rückenmarkbetäubung. Die Schleimhaut an der vorderen und an der hinteren Analkommissur wird mit je einer Kocherklemme gefaßt; die Schnittführung geht in der Schleimhaut nahe der Haut-Schleimhautgrenze, auf keinem Falle im Bereich der Haut. In der Submukosa wird dann die Analschleimhaut als Zylinder von etwa 2 bis 4 cm Höhe freigemacht und mit samt den Hämorrhoidenknoten zirkulär abgetragen. Das Vorgehen erfolgt soweit als möglich stumpf, sonst scharf, wobei auf Verletzungen des Schließmuskels mit peinlicher Sorgfalt zu achten ist. Unterbindung aller spritzenden Gefäße; schrittweise Resektion des in der vorderen und hinteren Kommisur längsgespaltenen Schleimhautzylinders. Im unmittelbaren Anschluß daran wird die Schleimhaut an der äußeren Haut mit tief durchgreifenden Catgutnähten befestigt. Der Schließmuskel muß dabei sorgfältig geschont und darf keinesfalls mitgefaßt werden. Abschluß durch Einlage des Stopfrohres. — Das Wesen der Whiteheadoperation liegt also in der eindeutigen Darstellung Herrmannsdorfers darin, daß hier die Mastdarmschleimhaut in ihrem analen Anteil „amputiert" wird; radikal fällt die ganze Analschleimhaut mit den erweiterten Venengeflechten fort.

---

c) 1. Bei der Gegenüberstellung der in Vorstehendem geschilderten Operationsverfahren zeigt sich ohne weiteres, daß die Whiteheadoperation technisch eingreifender und erheblich schwerer

zu meistern ist als die Operation nach Langenbeck und daß sie gerade durch ihre radikale Art zweifellos leichter unangenehme Folgezustände verursachen kann. Als solche sind bekannt:

d) 1. Die narbige Verengung der Analöffnung mit Stenoseerscheinungen und die Inkontinenz; letzte Ursache hierfür ist die Schrumpfung der zirkulären Schleimhautnarbe, wie sie bei der Operation entsteht.

2. Schädigung der an der Analöffnung im Bereiche der Schleimhaut gelegenen Nervenendapparate. Diese Schädigung wirkt sich aus in einer Störung des Reflexbogens, der die Defäkation lenkt, und in nachfolgender Insuffizienz des Sphinkters. Zwischen festem, flüssigen und gasförmigen Darminhalt kann erst dann bestimmt unterschieden werden, wenn der Darminhalt mit der unversehrten Schleimhaut der pars analis des Rektums in Berührung kommt. Durch die radikale Entfernung dieses Schleimhautanteils bei der Operation nach Whitehead wird unabwendbar „das außerordentlich komplizierte Spiel des Afterschlusses empfindlich gestört" (Westhues). Als weiterer unerwünschter Folgezustand nach Whiteheadoperation ist bekannt:

3. die Ektropionierung eines Teiles der Analschleimhaut mit nachfolgendem Ekzem und endlich im ungünstigten Falle

4. der sogenannte Afterventilverschluß durch Vorfall bedeutender Teile der Rektalschleimhaut.

---

e) Auf Grund dieser wiederholt festgestellten üblen Folgezustände gerade nach der Operation von Whitehead hat in neuer Zeit erstmalig Saraffoff sich entschieden. Bei seinen Nachuntersuchungen stellt er fest, daß von den nach der Methode von Whitehead Operierten 35% inkontinent waren, daß 30% an langdauernder Schleimabsonderung litten und endlich in 10% der Fälle eine Mastdarmstriktur als Operationsfolge vorhanden war.

Bei den Fällen, die nach v. Langenbeck operiert waren, fand er demgegenüber

3% Inkontinente,

4% mit Schleimabsonderungen

und als wesentliches Ergebnis

0% Mastdarmstrikturen.

In bestimmter und uneingeschränkter Erklärung lehnt Saraffoff daraufhin die Whiteheadoperation ab, nennt die Langenbeckmethode allein „physiologisch" und sagt von ihr, daß sie un-

vergleichlich bessere Ergebnisse liefere als die Operation nach Whitehead.

Auch Calinisch stellt bei der Mehrzahl der Whitehead-Operierten subjektive erhebliche Störungen fest: Die Empfindung für die Art des Darminhaltes ist erheblich gestört; Stuhl und Wind können häufig nicht unterschieden werden. Der Stuhldrang tritt dabei oft sehr spät auf, so daß die Operierten von der Defäkation überrascht werden; in anderen Fällen werden sie von unwillkürlich abgehenden Winden geplagt. So kommt Calinich, trotzdem er Anhänger der Whiteheadoperation ist, zu der Anschauung, daß die Warnungen vor der Whiteheadoperation nicht unberechtigt sind.

A. W. Fischer, der ein absoluter Anhänger der Langenbeck-operation ist, bestreitet nicht, daß nach der Operation von Whitehead sehr gute Ergebnisse möglich sind. Gleichwohl lehnt er die Whiteheadoperation als Methode der Wahl ab, „weil Fehler in der Technik oder unglückliche Komplikationen während des Heilverlaufes hier sich in ganz besonders schwerwiegenden Dauerschäden auswirken". An anderer Stelle sagt er von diesen Dauerschäden, daß sie so gut wie irreparabel sind. Für Fischer ist kein Zweifel, daß auf die Schuld der Methode eine Anzahl von Mißerfolgen zu setzen sind; diese unerwünschten Spätfolgen mit ihren quälenden Erscheinungen zwingen zur Ablehnung der allgemeinen Anwendung der Methode.

Bei der Untersuchung der Ursachen der schweren Spätfolgen unterscheidet Fischer zwei bestimmende Punkte:

1. Das Auseinanderweichen der Nahtränder zwischen Haut und Schleimhaut, in der Folge die endgültige Verheilung per secundam und die narbige Verengung an dieser Stelle.

2. Die Wegnahme eines spezifisch wichtigen Anteiles im Analkanalabschnitt, mit welchem zugleich die in ihm gelegenen Nervenendapparate wegfallen und die Funktion erheblich gefährdet wird. Die Entfernung der Schleimhaut des Analkanals und ihr Ersatz durch die herabgenähte Rektalschleimhaut führt außerdem häufig zu einem Schleimhautprolaps. Diese Schleimhaut ist physiologisch nur locker mit der Unterlage verbunden; im Bereich der ehemaligen Analkanalschleimhaut wird sie durch den vorbeigleitenden Stuhl immer weiter gelockert und allmählich aus der Analöffnung herausgedrängt.

Diese beiden Kernpunkte: Das Auseinanderweichen der Nahtränder und die Veränderung am untersten Analkanal geben die Erklärung dafür, daß das klinische Bild der Whiteheadfolgen nicht einheitlich ist. Im Vordergrund der üblen Operationsstörungen steht einmal die Stenose, ein anderes Mal die Insuffizienz des

Sphinkters; wieder einmal das lästige Ekzem durch den Dauerreiz der ausgestülpten Schleimhaut; auch einmal Blutungen oder gar der Ventilverschluß, hervorgerufen durch die in beträchtlichem Umfang prolabierte Schleimhaut.

5. Gegen diese von den Vertretern der Langenbeckmethode gebrachten Darlegungen hat als Anhänger der Whiteheadoperation zunächst Dubinski wohlbegründet und energisch seine Einstellung dargelegt: Für Dubinski ist die Operation nach Whitehead die beste Hämorrhoidenoperation. Störungen nennenswerter Art, wie sie als Folgen der Methode angeschuldigt werden, sind bei ihm in mehr als 300 Fällen nicht vorgekommen. Doch gibt auch Dubinski zu, daß die Anzahl der Operationsmethoden immerhin ein Zeichen dafür sei, daß keine dieser Methoden ganz befriedigend genannt werden könne.

6. Als bedeutender Vertreter der Whiteheadmethode tritt weiter in einer neueren Arbeit vom März 1937 Herrmannsdorfer auf, und zwar betont als Verteidiger dieses Operationsverfahrens gegen die Angriffe Sarafoffs, Fischers und der anderen ausgesprochenen Anhänger des Verfahrens v. Langenbecks.

Die Einspritzungsmethode lehnt auch Herrmannsdorfer ab. Die Operationsmethode nach Whitehead dagegen ist für ihn ein „ausgezeichnetes und nicht zu entbehrendes Verfahren"; ihre strikte Ablehnung ist in keiner Weise zu rechtfertigen. Die Whiteheadoperation ist radikal und schützt sicher vor Rückfällen. Voraussetzung für ihre erfolgreiche Handhabung ist allerdings hier mehr als bei irgendeinem anderen Vorgehen eine gewisse Reife technischer Fertigkeit. Diese vorangestellt, hat Herrmannsdorfer bei 24 Nachuntersuchten von insgesamt 47 Operierten in keinem Falle eine Stenose, in 9 Fällen leichte Inkontinenz und in 7 anderen Fällen ein Schleimhautektropium gesehen. Den letzteren Schaden glaubt er durch eine noch weiter geführte Sorgfalt der technischen Ausführung vermeiden zu können.

IV.

Wir müssen feststellen, daß die Anhänger des Operationsverfahren nach Whitehead ihre Verteidigung mit Ueberzeugung und ernster Begründung bringen. Trotzdem wird der Hausarzt sich auch heute noch leichter für die Operation nach v. Langenbeck einsetzen: mit ihren Vertretern rühmen wir in der Tat dieser allein die physiologische Schonung funktionswichtiger Teile zu.

Sie gewährt ein befriedigendes Ergebnis in Bezug auf die Beseitigung der vorwiegenden Beschwerden und auf die Dauer des Erfolges. Die technische Ausführung der Operation nach v. Langenbeck erscheint weitgehend frei von den Gefahren, welche bei der Operation nach Whitehead drohen.

Es ist mir ein Bedürfnis, Herrn Prof. Dr. Otto Goetze für die Uebernahme des Referates meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Schrifttum:

Calinich: Erfahrungen m. d. Häm.operation nach Whitehead. (Zbl. f. Chir. 1935, H. 20, S. 1154.)
Dörfler-Weißenburg: Aus der Praxis für die Praxis, 1936.
Dubinski: Zur Whitehead'schen Hämorrhoidenoperation. (Zbl. f. Chir. 1934, H. 21/1231.)
Esmarch: Die Krankheiten des Mastdarms und des Afters. (Ferd. Enke, Stuttgart, 1887.)
A. W. Fischer: Analplastik nach mißglückter Whiteh.-Operation. (Zbl. f. Chir. 1934, H. 3, S. 157.)
— —: Die Operationen am Mastdarm in Bier-Braun-Kümmel. (Chir. Operationslehre, Bd. IV, 1933, S. 94 ff.)
Herrmannsdorfer: Ergebnisse und Technik der Hämorrhoidenoperation nach Whitehead. (Med. Welt 1937, H. 13, S. 423 ff.)
Sarafoff: Die Hämorrhoiden und ihre operative Behandlung. (Arch. f. klin. Chir. 1932, Bd. 168, S. 486.)
v. Seemen: Münch. Med. Wschr. 1936, S. 1363.

Lebenslauf.

Geboren bin ich am 19. November 1880 zu Sünching, BA. Regensburg. Ich besuchte die Volksschule, später das Hum. Gymn. zu Regensburg, wo ich die Reifeprüfung bestand. Den medizinischen Studien oblag ich in München, wo ich die ärztliche Vorprüfung ablegte, in Erlangen und in Heidelberg. In Heidelberg erwarb ich 1912 die Bestallung als Arzt. Den Krieg erlebte ich an der Front bei der Kriegsmarine; abgegangen bin ich als Marine-Stabsarzt d. R.